

Studie zur
Hausärztlichen Versorgungssituation
im Landkreis Lörrach
2016/17



Studie zur hausärztlichen Versorgungssituation im Landkreis Lörrach 2016/17

Grundlage ist das strategische Handlungsziel des Kreistags „Der Landkreis fördert eine bedarfsgerechte und moderne ambulante und stationäre medizinische Versorgung und Pflege im urbanen und ländlichen Raum.“ sowie das Leistungsziel 2016/2017 „Einschätzung der aktuellen sowie zukünftigen ambulanten hausärztlichen Versorgungssituation im Landkreis Lörrach“.

Der Beschluss Kreistags (16.11.2016) lautete:

„Der Kreistag beschließt die Bereitstellung von Projektmitteln zur prospektiven Bedarfsanalyse der basisärztlichen Versorgung im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz des Landkreises Lörrach.“

Zur Begleitung des Prozesses wurde ein Expertengremium gebildet aus Vertretern der Ärzteschaft, KV, Krankenkassen, Krankenhäusern, Kreisräten und Fachleuten der Gesundheitsversorgung, die genaue Zusammensetzung ist im Anhang aufgelistet.

Die Arbeitsgruppe medizinische Versorgung traf sich zu folgenden Themen:

- 28.09.2016 Priorisierung von Einflussfaktoren
- 22.11.2016 Vorstellung Bedarfsfaktoren
- 15.02.2017 Definition von Entwicklungsräumen, Entwicklung Fragebogen
- 21.03.2017 Kreisstrukturgespräch unter Vorsitz der Landrätin
- 05.08.2017 Hausärztetag

Parallel dazu fand ein intensiver Austausch mit der Stabsstelle Strukturpolitik statt zur Festlegung der Entwicklungsräume und Informationen zum strukturellen Entwicklungskonzept.

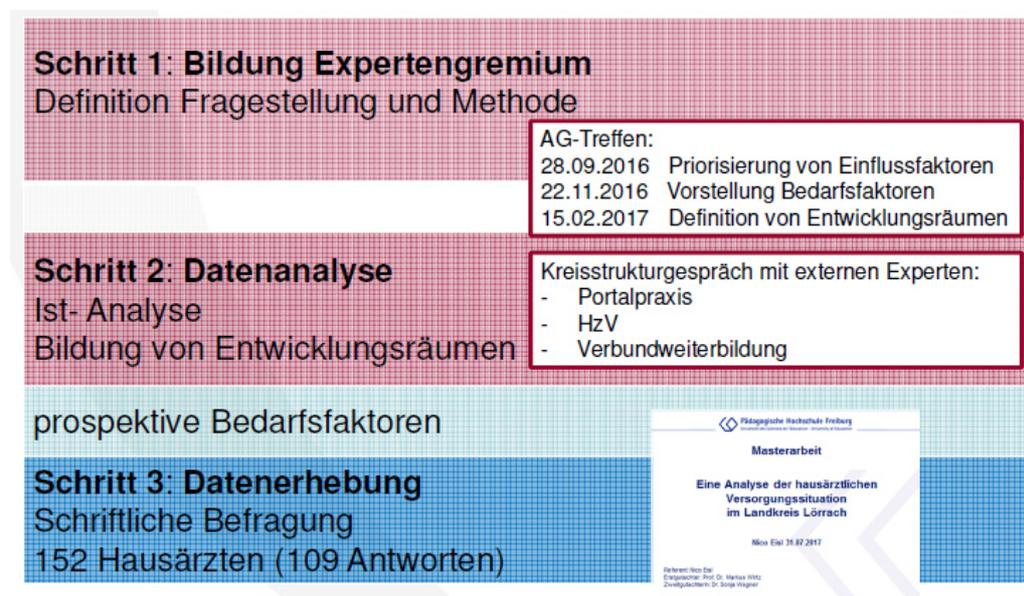


Abbildung 1

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe waren sich einig, dass die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Lörrach eine hohe Priorität hat. Durch vermehrte Praxisabgaben und schwierige Nachbesetzung wird sich die Situation der hausärztlichen Versorgung in den nächsten Jahren deutlich verschlechtern.

Neben dem Sicherstellungsauftrag durch die Kassenärztliche Vereinigung (§75 SGB V) ist die Gewährleistung einer guten medizinischen Versorgung Teil der allgemeinen Daseinsvorsorge und ein wichtiger Standortfaktor für den Landkreis.

Die Versorgungsanalyse wurde in 3 Schritten durchgeführt:

1. Kleinräumige Analyse der jetzigen hausärztlichen Versorgung (Stand 2017)
2. Bedarfsanalyse: Krankheitslast der Bevölkerung
3. prospektive Entwicklung der Versorgungssituation
4. Handlungsempfehlungen

Ausgangsdatenlage: Daten der KV BW Stand 07/2017

Zur Einschätzung der Versorgung berechnet die Kassenärztliche Vereinigung (KV) den Versorgungsgrad:

Bei einem Verhältnis von 1.671 Einwohnern auf einen Arzt liegt ein Versorgungsgrad von 100 % vor. Ab einem Versorgungsgrad von 110% dürfen sich keine weiteren Ärzte dieser Facharztgruppe in der betroffenen Region/Mittelbereich niederlassen („gesperrt“, rote Farbe).

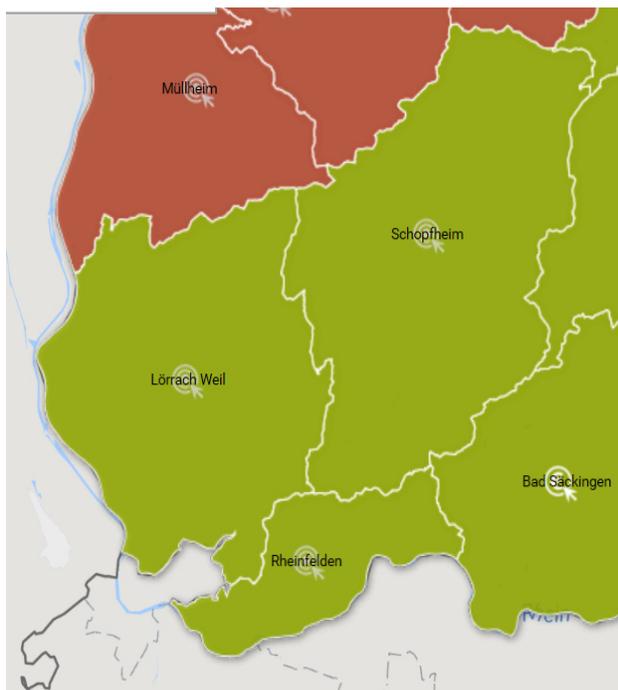


Abbildung 2

Hausärzte	Versorgungsgrad (mögl. Niederl.)
Lörrach/Weil	108,9% (1)
Schopfheim	100,2%(3)
Rheinfelden	100,6%(3)
Bund 2016	MW 108,6%

1. Kleinräumige Analyse der aktuellen Versorgungssituation

Durch eine kleinräumige Analyse unterhalb der Landkreisebene sollen Ungleichgewichte der ärztlichen Versorgung transparent werden und SGBV-Instrumente wie Sicherstellungszuschläge und Ermächtigungen zugänglicher werden. Zur Umsetzung benötigt es einen Antrag beim sektorenübergreifenden Landesausschuss, damit die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) einen Prüfprozess beginnt.

Auslösekriterien für den Prüfprozess:

1. Arzt-/Einwohnerverhältnis und Entfernung zum nächsten Hausarzt mit freien Kapazitäten
2. Alter der Ärzte
3. Erhöhter Bedarf in der Bevölkerung: Menschen mit Behinderung/Arzt, Pflegebedürftige/Arzt

1.1. Definition von kleinräumigen Entwicklungsgebieten

Die kleinräumigste auswertbare Einheit wären die Wahlkreise.

Anhand des Versorgungsgrades (Einwohner/Arzt) sieht man das heterogene Bild. Die Aussagekraft ist jedoch eingeschränkt, da die Bedingungen der Raumschaften sehr unterschiedlich sind: Unterversorgung im guten angeschlossenen vorderen Kandertal kann eher von angrenzenden überversorgten Gebieten aufgefangen werden als in weitläufigen Bereichen wie Schopfheim.

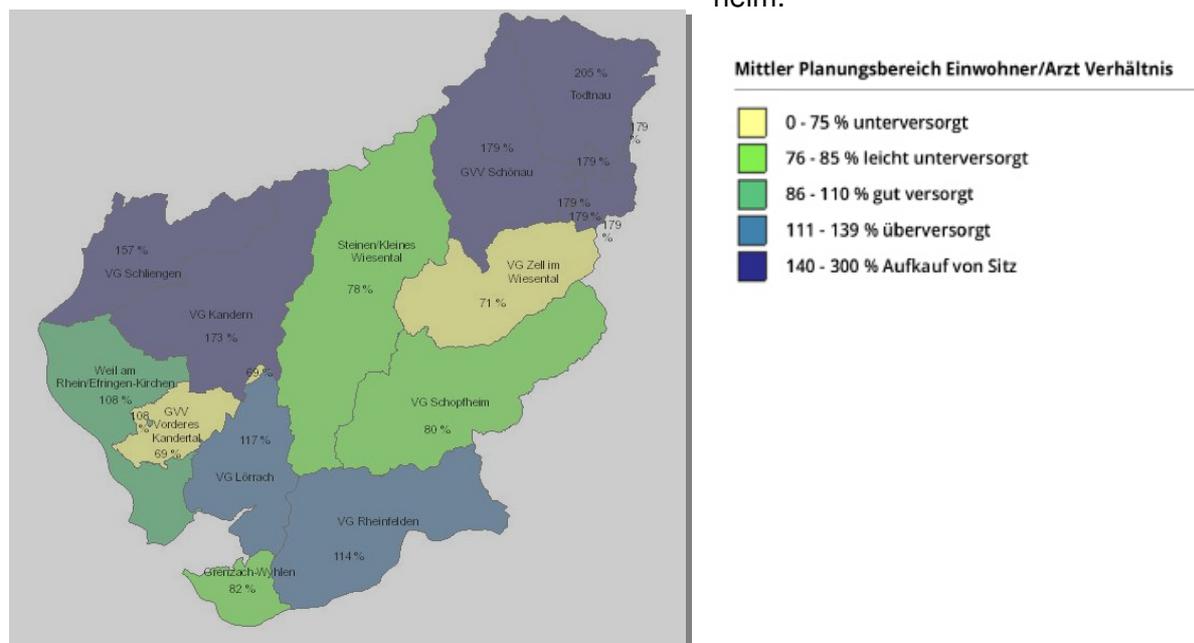


Abbildung 3 Versorgungsgrad auf Wahlkreisebene

In Zusammenarbeit mit der Stabsstelle Strukturpolitik wurden daher vier Planungsbereiche in Anlehnung an das Agglomerationsprogramm Basel und den Regionalplan definiert.

Bei der Erarbeitung der Raumschaften fanden besonders die infrastrukturellen Merkmale wie ÖPNV und das Straßennetz Einzug in die Analyse.

Die „Entwicklungsräume“ sind:

1. Lörrach/ Weil/Markgräflerland inklusive Kandertal /Malsburg/Marzell
2. Mittleres Wiesental: Hausen, Hasel, Maulburg, Schopfheim, Zell, Hög-Ehrsberg
3. Kleines und oberes Wiesental
4. Hochrhein

1.2. Einwohner-/Arztverhältnis

Laut der Bedarfsplanung der KV sind derzeit alle Mittelbereiche ausreichend versorgt (90-110%). Allerdings wird durch die kleinräumigere Analyse im Mittelbereich Schopfheim ein sehr heterogener Versorgungsgrad ersichtlich:

Die Region „oberes Wiesental“ ist mit 191 % überversorgt, das mittlere Wiesental ist hingegen mit 79 % unterversorgt.

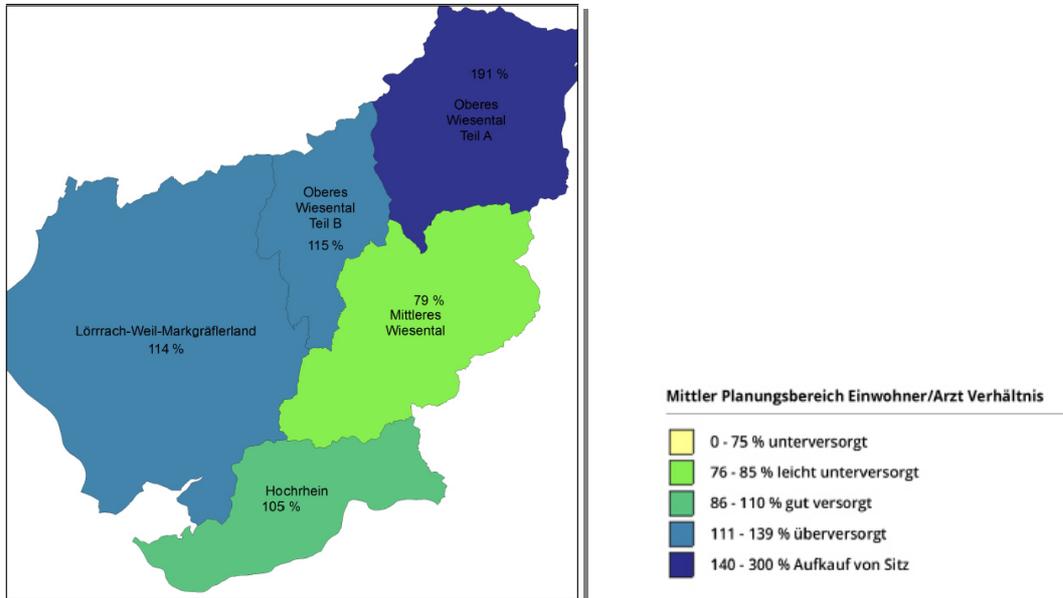


Abbildung 4 Versorgungsgrad in den Entwicklungsräumen

1.3. Durchschnittsalter der Ärzte

Das Durchschnittsalter der Hausärzte im Landkreis liegt mit 56,7 Jahren über dem Landesdurchschnitt (BW 55,8 Jahre).

Im Mittelbereich Schopfheim liegt das Durchschnittsalter bei 57,25 Jahren und damit knapp 1,5 Jahre über dem Landesschnitt. (Daten der KV 2016)

Anteil der über 60-jährigen Ärzte

Aus den Daten der KV wird auch ersichtlich, dass in im Landkreis Lörrach sehr viele Ärzte 60 Jahre und älter sind:

MB Lörrach: 39% (35 von 89 Hausärzten)

MB Rheinfeldern: 37% (11 von 30)

MB Schopfheim: 50% (16 von 32)

Um die Altersverteilung kleinräumiger betrachten zu können und auch zur Verfolgung der prospektiven Entwicklung mussten wir die Hausärzte persönlich befragen und bekamen von 134 Ärzten Auskunft über ihr Alter:

Nach unseren Daten sind jetzt in unserem Landkreis 55 Ärzte über 60 Jahre alt (41%).

Alter	Anzahl
>70	7
>65	18
65	9
60+ ges.	62

Mindestens 60 Jahre alt (60+) sind 62 Hausärzte (46%) und somit deutlich mehr als in Baden-Württemberg (35%) und im Bund (33%). Im mittleren Wiesental sind 50% der Hausärzte 60 Jahre und älter, im oberen Wiesental 42%.

Tab. 1 Altersverteilung der Hausärzte aus Befragung (gesamt n=134)

1.4. Entfernung zum nächsten Hausarzt

Es gibt kein absolutes Maß dafür, wie nah oder schnell erreichbar ein Hausarzt sein sollte. Natürlich ist das von der Besiedlungsdichte und Größe des Landes abhängig. Exemplarisch sei Kanada genannt: im Norden ($> 65^\circ \text{ nL}$) leben 2/3 der Bevölkerung 100 km vom nächsten Hausarzt entfernt, der 3.974 Patienten versorgen muss. Im Süden ($<45^\circ \text{ nL}$) können über 90% der Bevölkerung innerhalb von 5 km ihren Arzt aufsuchen, der nur 476 Patienten zu versorgen hat. (Health Reports 1997, Vol.8, No.4, E.N.Russell Wilkins)

Im Landkreis Lörrach können fast alle Bewohner ($>90\%$ geschätzt) binnen 10 Autominuten einen Hausarzt erreichen. Die nächste Hausarztpraxis liegt meistens binnen 5 km.

Nur in den dünn besiedelten Flächen können Entfernung und Zeitdauer bis zum nächsten Hausarzt deutlich länger sein.

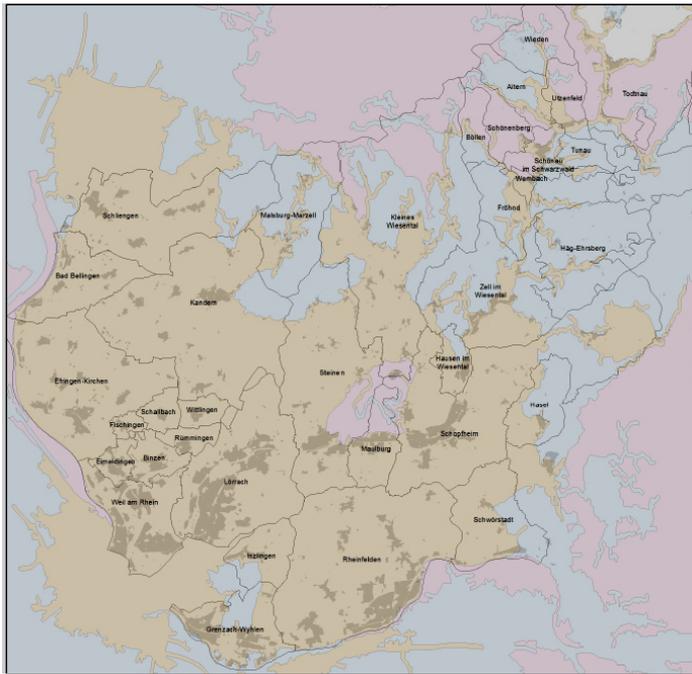


Abbildung 5: braune Fläche = Hausarztentfernung 10 min (Auto)

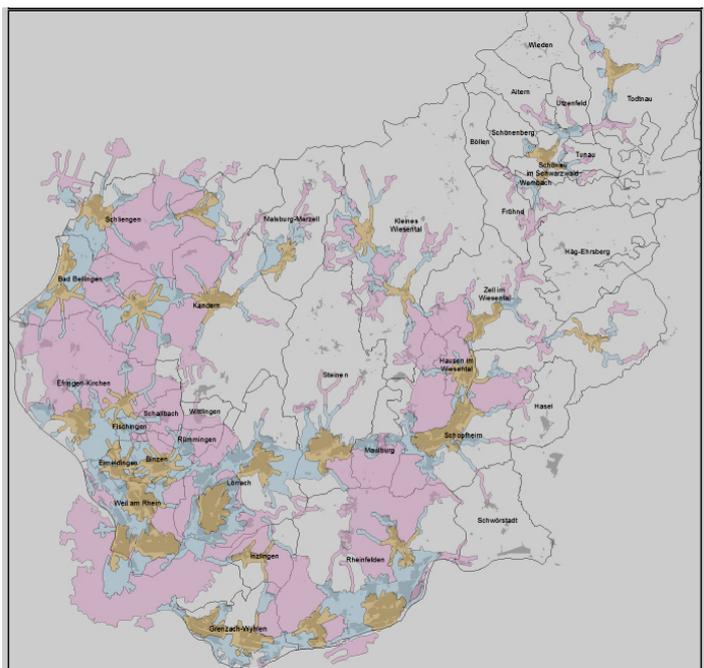


Abbildung 6: braun=1,5 km, blau=3 km, rosa=5 km Hausarztentfernung

1.4.1 Entfernung zum nächsten Hausarzt mit freien Kapazitäten

Bei der Abfrage nach freien Kapazitäten gaben 29 Hausärzte an, freie Kapazitäten zu haben und zwar mit einer Spannbreite zwischen 1 und 600. 7 Ärzte gaben an noch 100 Patienten oder Kontakte aufnehmen zu können, je 4 Ärzte 200 bzw. 50 oder 10.

Da die Quantifizierung nicht eindeutig war, haben wir bei der KV durchschnittliche Scheinzahlen und Leistungsbedarf im Vergleich zur Fachgruppe der Hausärzte angefragt:

Beim Leistungsbedarf liegen die Mittelbereiche Lörrach und Rheinfeldern knapp oberhalb des Fachgruppenmittels (+6,5%/ +10%), bei der Scheinzahl im Mittel.

Im Mittelbereich Schopfheim zeigt sich erwartungsgemäß, dass im unterversorgten mittleren Wiesental Leistungsbedarf und Scheinzahl sehr deutlich über dem Mittel liegen, im überversorgten oberen Wiesental jedoch noch freie Kapazitäten vorhanden sind.

Durch die Überlastung der wenigen verbleibenden Arztpraxen im mittleren Wiesental sind weitere vorzeitige Schließungen wahrscheinlich (Dominoeffekt).

Die Erreichbarkeit eines Hausarztes mit freien Kapazitäten kann nur exemplarisch dargestellt werden, z.B. von Schopfheim aus.

von Schopfheim (Rathaus)	Zell	Schönau	Todtnau
Entfernung	8,3 km	19,7 km	27 km
Autominuten	15 min	23 min	32 min
öffentl. Verkehr	15 min	40 min	>60 min

Tab. 2: nächster Arzt mit freien Kapazitäten von Schopfheim aus

Zusammenfassung:

- Es wird eine heterogene Versorgungslage deutlich:
Überversorgung in oberem Wiesental/ Unterversorgung im mittleren Wiesental
- Das mittlere Wiesental erfüllt 3 der 5 Auslösekriterien:
Versorgungsgrad unter 80%
hoher Anteil an Hausärzten über 60 Jahre (50%)
Entfernung zum nächsten Hausarzt mit freien Kapazitäten deutlich weiter (20 bzw. 27 km im Vergleich zu 5 km).
- Ein erhöhter Versorgungsbedarf auf Seiten der Bevölkerung (Pflegebedürftige oder Behinderte/Arzt) ist nicht zu erwarten, da die landkreisweiten Daten eher einen geringeren Bedarf zeigen (s.u.).
- Allerdings wird mit einem deutlich erhöhten Ärztebedarf gerechnet durch Tendenz zu Teilzeitarbeit(geringe Lebensarbeitszeit):
auf 2 ausscheidende Ärzte werden 3 junge Ärzte benötigt = Faktor 1,5
- Inzwischen sind alle Mittelbereiche bereits geöffnet; es können sich 7 Hausärzte in allen 3 Mittelbereichen niederlassen. Eine kleinräumigere Einteilung würde nur den Bereich oberes Wiesental und damit den ländlichen Raum für eine Niederlassung sperren.
- Sehr unterschiedlich wird der Benefit von noch kleinräumigeren Mittelbereichen gesehen (4 statt bisher 3 Mittelbereiche). Potentiell positiven Effekten wie Sicherstellungszuschlägen stehen auch Einschränkungen gegenüber (z.B. keine Zweigpraxen über Mittelbereiche hinaus, Abrechnungsmodalitäten auf Mittelbereiche bezogen).

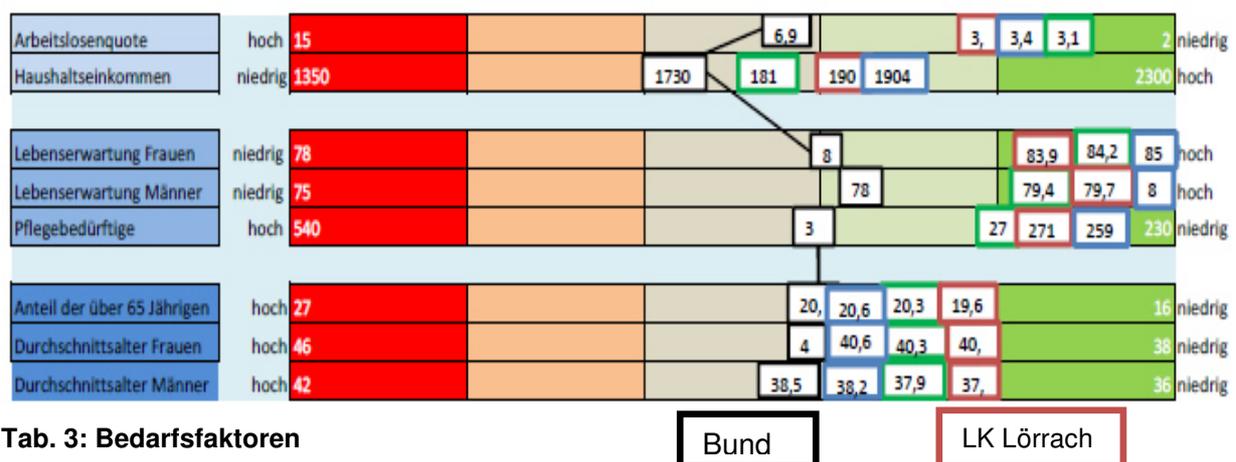
2. Bedarfsanalyse

Dem „Angebot“ an Hausärzten steht der „Bedarf“ der Bevölkerung gegenüber. Die Analyse der Faktoren ist wichtig, um die Krankheitsbelastung der Bevölkerung abschätzen zu können und ggf. einen vermehrten Bedarf für medizinische Versorgung abzuleiten („Armut macht krank“). Einfließen können diese Faktoren in den Demografiefaktor/ Morbiditätsfaktor der Bundes-KV bei der Bedarfsberechnung oder als Auslösekriterium für einen Antrag zu „Abweichungsmöglichkeiten von der vertragsärztlichen Bedarfsplanung (Zuschnitte der Mittelbereiche)“ über den sektorenübergreifenden Landesbeirat.

Bei vielen Faktoren liegen Daten nur auf Landkreisebene vor. Im Rahmen der Masterarbeit werden analysiert: Sozioökonomie (Arbeitslosenquote und Haushaltseinkommen), Gesundheitliche Belastung (Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit), Soziodemografie (Alter und Geschlecht) und prospektive Entwicklungsfaktoren (Bevölkerungsstruktur, Zuzug).

In Bezug auf Arbeitslosenquote und Haushaltseinkommen sind die Bedingungen bei uns jedoch besser als im Bundesdurchschnitt. Auch haben wir weniger Pflegebedürftige und weniger über 65-jährige.

Es dürfte also schwierig sein, hier einen Mehrbedarf gegenüber dem Bundesdurchschnitt zu konstruieren.



Tab. 3: Bedarfsfaktoren

Andererseits gibt es auch Faktoren, die zeigen, dass der Landkreis eine besondere Bedarfslage aufweist:

- Fachkräftemangel in allen Bereichen
- Renteneinkommen deutlich unter dem Landes- und Bundesschnitt
- bei den Mieten nimmt Lörrach den 3. Platz im Bundesvergleich ein
- Eckzuschnitt des Landkreises mit großen Außengrenzen....

3. Prospektive Entwicklung der Versorgungssituation

Anhand des Alters der Ärzte kann die Entwicklung der prospektiven hausärztlichen Versorgung abgeschätzt werden. Dies haben wir in einer „heatmap“ dargestellt: je gelber ein Punkt, desto mehr Ärzte arbeiten in diesem Ort (Karten: GIS, Herr Scheer).

Auch wenn die Intensität in den Ballungsräumen sich nicht so deutlich verändert, sieht man doch, dass 2025 deutlich weniger Ärzte arbeiten dürften (101 bzw. 63 statt 143).

Ebenso sieht man einige Punkte ganz verschwinden: Einzelpraxen in kleineren Orten.

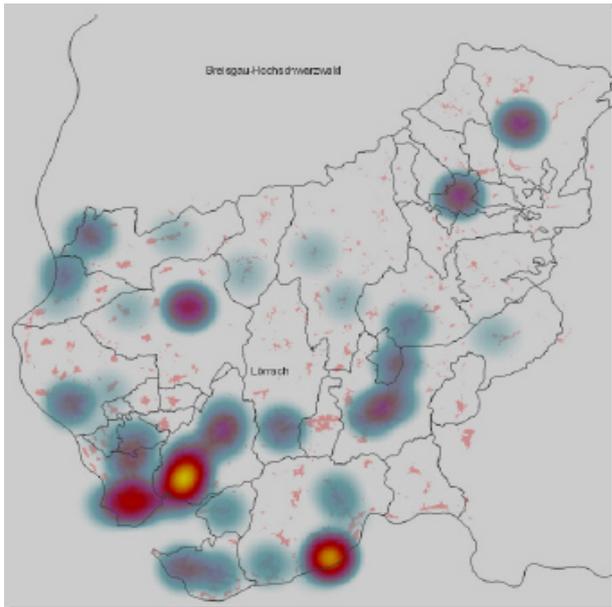


Abbildung 7 heatmap 2017 (n=134 Ärzte)

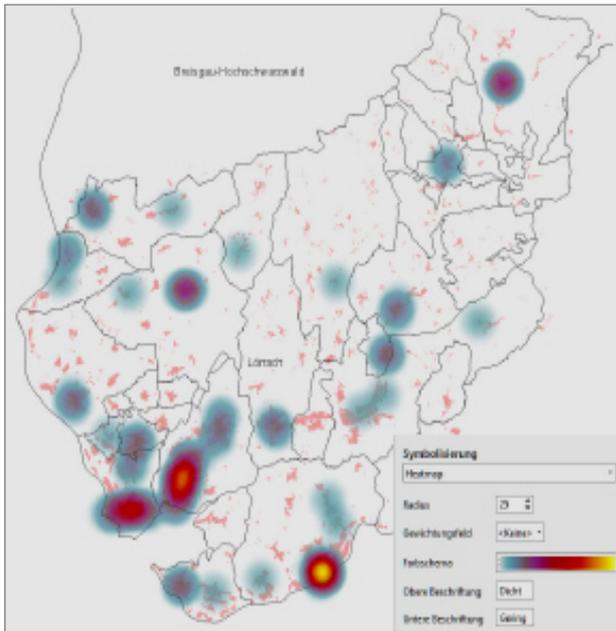
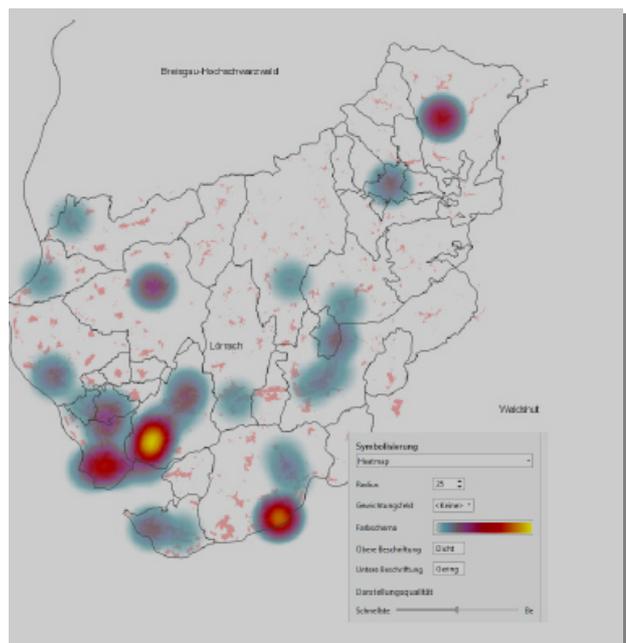


Abbildung 8 heatmap 2025,
Praxisabgabe mit 65 Jahren (n=101)

Abbildung 9 heatmap 2025,
Praxisabgabe mit 63 Jahren (n=63)



Demgegenüber haben wir auch den Versorgungsgrad hochgerechnet, ebenfalls unter der pessimistischen Annahme, dass sich kein Arzt neu niederlassen wird.

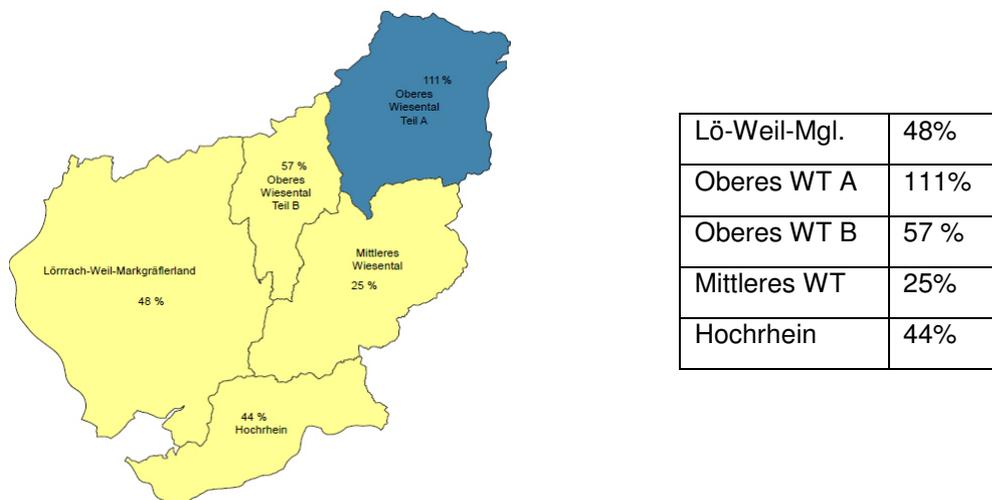


Abbildung 10 Versorgungsgrad Hausärzte 2025

Bevölkerungsentwicklung bis 2030

Der dramatisch abnehmenden Hausärztezahl in den nächsten Jahren steht eine positive Bevölkerungsentwicklung gegenüber.

IHK-Studie: „Entwicklung der Region Hochrhein-Bodensee 2015-20135 unter Berücksichtigung der Entwicklung der Grenzkantone“, K.Fleck 13.07.2017

Landkreis Lörrach		
VG Lörrach	überdurchschnittlich wachsend	wachsend
Weil a. Rh.	überdurchschnittlich wachsend	überdurchschnittlich wachsend
GVV Vorders Kandertal	wachsend	überdurchschnittlich wachsend
VG Kandern	überdurchschnittlich wachsend	wachsend
VG Rheinfelden	überdurchschnittlich wachsend	wachsend
Efringen-Kirchen	wachsend	wachsend
Grenzach-Wyhlen	wachsend	wachsend
VG Schliengen	überdurchschnittlich wachsend	überdurchschnittlich wachsend
Steinen	wachsend	wachsend
VG Schopfheim	überdurchschnittlich wachsend	überdurchschnittlich wachsend
GVV Schönau	wachsend	wachsend
Todtnau	überdurchschnittlich wachsend	überdurchschnittlich wachsend
Kleines Wiesental	keine eindeutige Entwicklungsrichtung	schrumpfend
VG Zell	wachsend	wachsend

Tab.3. Entwicklung der Bevölkerungsentwicklung im Vergleich:
1. Spalte BBSR (Bundesinstitut für Bau-,Stadt-, Raumforschung), 2. Spalte Gutachten IHK

Die Faktoren, die den zukünftigen Bedarf beeinflussen, sind vielfältig und überwiegend nicht kleinräumig begrenzt, sondern landkreisweit zu diskutieren. Die Vernetzung mit der Strukturpolitik und dem bereits angestoßenen Prozess zur Erstellung eines landkreisweiten Entwicklungskonzeptes hat sich bewährt.

4. Handlungsempfehlungen für zukunftsorientierte umfänglichere Maßnahmen

Neben dem Diskussionsprozess innerhalb der Arbeitsgruppe wurden zusätzlich Experten von extern eingebunden. Zum Thema Nachwuchsbindung/ Verbundweiterbildung und Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin nahm Prof. Niebling von der Universitätsklinik Freiburg Stellung. Die AOK stellte erneut das Modell der hausarztzentrierten Versorgung vor. Zum Thema neue Versorgungsformen wurden verschiedene Experten geladen, unter anderem wurde auch die Möglichkeit einer Portalpraxis diskutiert.

Gemeinsam mit den Hausärzten (über den Fragebogen) wurden Handlungsschwerpunkte gesetzt und in Handlungsempfehlungen ausformuliert, die den drei Bereichen „Versorgung mit kommunalpolitischem Bezug“, „Nachwuchs“ und „Ansatz bei Landkreis/ Kommune/Bürger“ zugeordnet wurden.

So fragten wir die Hausärzte im Fragebogen:

„Um die hausärztliche Versorgung zu verbessern, ist es sinnvoll dass...“

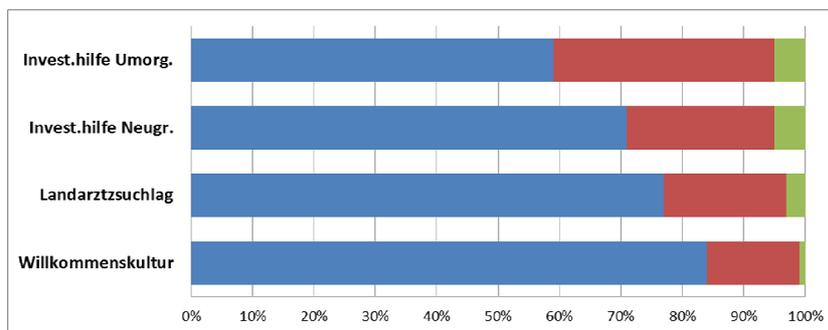


Abbildung 11 Abfrageergebnis aus dem Hausärzte-Fragebogen

Die meiste Zustimmung erfolgte also bei dem Vorschlag „kommunale Willkommenskultur“. Daher haben wir versucht zu diesem Punkt verschiedene Handlungsempfehlungen auszudifferenzieren und die Hausärzte erneut zu einer Stellungnahme gebeten.

Darüber hinaus haben wir 166 freie Kommentare von 57 Hausärzten quantifiziert und ausgewertet.

Zudem wurde die Bereitschaft für eine fortbestehende Beteiligung abgefragt. Viele Hausärzte können sich eine regelmäßige Zusammenarbeit vorstellen:

Veranstaltungen	Interesse allg.	Mitarbeit AG (Thema)	fachspez. Veranstaltg.	Hausärztetag (1x/Jahr)	Gesundheitskonferenz
Hausärzte (n=25)	24	10	11	20	11

Projektbeteiligung	Studenten	AiW/ VerbundWB	eHealth/ Telemedizin	Neue Vers. formen	SAPV
Hausärzte (n=25)	16	18	10	13	4

Insgesamt haben wir 38 Handlungsempfehlungen ausformuliert. Die Hausärzte konnten sowohl am Hausärztetag als auch über eine Kurzabfrage die Handlungsempfehlungen bewerten und priorisieren:

- Jede unserer vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen hat mindestens eine Zustimmung erhalten.
- Es wurde mehr „organisatorische Unterstützung“ als finanzielle Unterstützung gewünscht.

Die Handlungsempfehlungen, die am meisten Unterstützung erhielten sind:

- Rotationsstelle für Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin (finanziell und organisatorische Unterstützung)
- Innovative Versorgungsformen (organisatorisch >> finanzielle U.)
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf: Kinderbetreuungsplätze
- Vermittlungsunterstützung bei Immobilien (organisatorisch>> finanzielle U.)

Die komplette Übersicht der HE (38) ist im Anhang ersichtlich.

Daraus leiten wir nun folgende Empfehlungen an den Kreistag ab:

1. Handlungsempfehlung: Unterstützung und lokale Bindung junger Ärzte in Weiterbildung zum Allgemeinmediziner (ÄiW-Allg.)

Wir empfehlen die Einrichtung einer Rotationsstelle Allgemeinmedizin im Landkreis Lörrach. Um umfangreiche Erfahrungen zu sammeln auf allen Gebieten, müssen angehende Allgemeinmediziner („Hausärzte“) durch verschiedene Fächer rotieren: Chirurgie, Innere und Ergänzungsfächer wie Psychiatrie, Pädiatrie. Eine zusätzliche Arztstelle am Krankenhaus reserviert zur Weiterbildung zum Allgemeinmediziner verhindert eine Konkurrenzsituation zu Facharztanwärtern der Chirurgie/ Innere etc.

Die zeitgerechte Rotation in die verschiedenen Stellen (stationär/ambulant) sollte möglichst in einem einzigen Vertrag geregelt sein mit flexiblen Anteilen nach eigenem Wunsch. Die ist möglich bei einer Verbundweiterbildung, die zusammen mit der Uniklinik Freiburg wieder neu belebt werden sollte. Dies reduziert die Gesamtausbildungsdauer, sollte eine einfachere Anerkennung der Zeiten bei der Prüfungszulassung gewähren und bindet junge Ärzte über mehrere Jahre in der Region.

Theoretische Weiterbildungseinheiten sollten ebenfalls regional stattfinden, koordiniert durch eine intensivierte Zusammenarbeit mit dem geplanten regionalen Kompetenzzentrum in Freiburg. Dadurch können Kontakte zu hiesigen Ärzten gefördert werden und die Niederlassung erleichtert werden.

Auch Erfahrungen in der ambulanten Medizin sind erforderlich, z.B. in Hausarztpraxen. Bereits 7 Praxen bilden derzeit insgesamt 8 Ärzte in Weiterbildung aus. Sowohl das Engagement der Praxen als auch der ÄiW sollte wertgeschätzt und ggf. gefördert werden.

Spezielle Fortbildungen könnten gezielt gefördert werden, wenn sie für den Landkreis bedeutsam sind (z.B. Palliativmedizin).

72 der Hausärzte in unserem Landkreis gaben an, einen Teil ihrer Facharztausbildung in Südbaden (Freiburg, Lörrach, Waldshut) absolviert zu haben (von 96 Antworten, 75%!). Dies zeigt, wie hoch die Chance für eine regionale Bindung gerade im Abschnitt der Facharztweiterbildung ist.

Auch Medizinstudenten kommen bereits in den Landkreis (Famulatur, Praktisches Jahr). Machen sie hier fördernde und wertschätzende Erfahrungen, kommen sie evt. zur Facharztweiterbildung wieder. Daher sollten auch Studenten gezielt beworben werden und Kontakte insbesondere zu „Landärzten“ hergestellt werden, um ein positives Berufsbild vermitteln zu können.

2. Handlungsempfehlung: Unterstützung vor Ort, regionale finanzielle Förderung durch „Ziel und Zukunft“

Für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist es von herausragender Bedeutung, dass eine gute wohnort-/praxisnahe flexible Betreuung von Kindern, ggf. ganztags gewährleistet ist. Nur so können Hausärzte/Hausärztinnen neu in Praxen einsteigen, bevorzugt in Angestellten- und Teilzeitarbeitsmodellen. Darüber hinaus können Bürgermeister direkt auf ihre jetzigen Hausärzte zugehen, um sie „zu erhalten“ oder für neue Hausärzte werben in regionalen und überregionalen Medien oder auf der homepage des Hausärzterverbandes („Perspektive Hausarzt“). Der Landkreis ist bereits beigetreten und wird auf der homepage beworben.

Es ist notwendig, dass Kommunen eine offene, positive Einstellung zeigen, Erstkontakte vermitteln oder bei der Vermittlung von Immobilien/ Krediten/ Existenzgründungsberatung unterstützen. Auch die Fachkräfteallianz südwest kann hilfreich sein, z.B. bei der Vermittlung von Arbeits-/Ausbildungsangeboten für den Lebenspartner.

Bei finanziellen Anreizen sollte die Konkurrenz zu anderen Gemeinden berücksichtigt werden und eher überregionale Förderungen abgegriffen werden. Der Bereich „Mittleres Wiesental“, bzw. die Gemeinde Schopfheim erfüllt eindeutig das Kriterium der Minderversorgung. Daher sollte ein formeller Antrag bei der KVBW gestellt werden, um eine Niederlassungsförderung durch das Programm „Ziel und Zukunft“ zu ermöglichen.

Die Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz wäre bereit bei Interesse grundlegende Informationen zu den Themen medizinische Versorgung/ kommunale Unterstützungsmöglichkeiten/ Praxisformen zusammenzustellen. Diese könnten bei sich abzeichnenden Versorgungsengpässen anfänglich weiterhelfen.

Ebenfalls steht die Arbeitsgruppe für ein Krisenmanagement zur Verfügung („Forum“) oder die Geschäftsstelle vermittelt direkte Kontakte zur KV zur Klärung von Fachfragen.

3. Handlungsempfehlung: Neue Versorgungsformen/ Mobilität/ eHealth und Telemedizin

Andere Arbeitsvorstellungen prägen die jüngeren Hausärzte:

- mehr Ärzte möchten in Teilzeit und angestellt arbeiten
- erworbene Spezialisierungen möchten weiterhin ausgeübt werden
- interprofessioneller Austausch und Teamarbeit sowie geringes unternehmerisches Risiko ist ihnen wichtig
- geregelte und verlässliche Arbeitszeiten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Auch Patientenvorstellungen ändern sich:

- flexible kurzfristige Termine, verschiedene Fachkompetenzen in einem Haus und gute Erreichbarkeit (Arbeitsweg, Parkplatz) werden mehr geschätzt als ein lebenslanger Arzt des Vertrauens vor Ort

Damit können Praxisformen mit mehreren Ärzten an zentralen Orten zukünftig attraktiver erscheinen und eher Nachwuchsärzte anziehen und binden als ländliche Einzelpraxen, die andererseits ein hohes Maß an Eigenständigkeit erlauben. Im Landkreis gibt es bereits einige erfolgreiche Beispiele, aber der hohe Anteil an Einzelpraxen zeigt auch den Bedarf an zukünftiger Praxisumgestaltung. Im Rahmen des landkreisweiten Entwicklungskonzeptes könnten bevorzugte Zentren definiert werden und die Themen der Mobilität (Patienten oder Arzt?) durchdacht werden.

Neue Techniken wie eHealth/ Telematik müssen dabei mitgedacht werden, ebenso wie die Entlastung der Ärzte durch nicht-ärztliche Heilberufe wie NÄPAs/Verahs, Agnes, physician assistance....25 Praxen im Landkreis beschäftigen bereits NÄPas/ Verahs.

Eine Gemeindeschwester wie im AOK-geförderten Modell AgnES (Arztentlastende, Gemeindeförderung, E-Health gestützte, Systemische Intervention) ist bislang im Landkreis nicht tätig. Auch das sollte bereits bei der Praxisplanung umgesetzt werden.

Telemedizin ist sicherlich eine Möglichkeit der Zukunft, derzeit aber in Deutschland noch nicht in dem Maße umsetzbar wie in der Schweiz.

Nochmals sei auf das 2015 gestartete und von der Robert-Bosch-Stiftung geförderte Programm „PORT- patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ hingewiesen.

4. Zukunftsvision

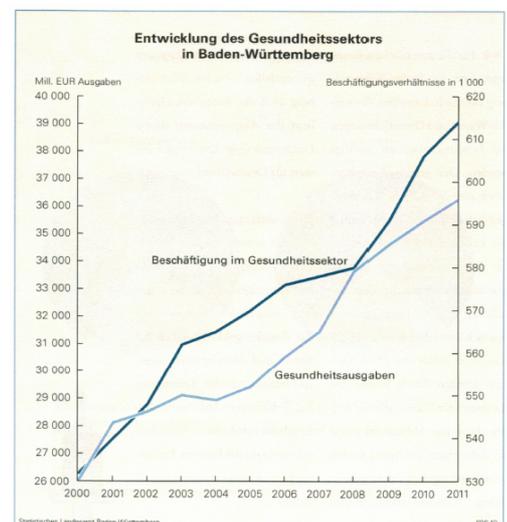
Die Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz empfiehlt bei diesem Thema die Gesundheitsförderung und Prävention als wichtige Säule im Gesundheitssystem mitzudenken. So dienen beispielsweise Maßnahmen (z.B. der aktivierende Hausbesuch) und Strukturen (z.B. die Vernetzung von Experten innerhalb der Arbeitsgruppen „Gesund älter werden“ oder der Ärzte ambulant/stationär/ verschiedene Fachrichtungen), dazu die medizinische und pflegerische Versorgung zu entlasten. Ziel ist ein gesundes und selbständiges Leben im Alter und bis ins Alter.

- Absprache von stationärem und ambulantem Versorgungsbedarf:
Gesamtgestaltungskonzept für Versorgungsangebots Notfallambulanz/ Bereitschaftsdienst/ Notarztversorgung, Verbesserung Entlass-Management und anschließende häusliche Versorgung (Reha) bis hin zur elektronischen Patientenakte, die gemeinsam zu nutzen wäre durch Krankenhaus und Hausarzt.....
- Geriatisches Konzept: Einsatz von Assistenzsystemen zu Hause, Telemedizin z.B. zur Anbindung von Alters-/ Pflegeheimen und schwer erreichbaren immobilen Patienten auch als Pilotprojekte in Baden-Württemberg, Palliativversorgung (30 Stadt-/Landkreise in Baden-Württemberg können bereits eine organisierte, spezialisierte Palliativversorgung (SAPV) vorweisen), geriatische ambulante Rehabilitation

Ein komplettes Umdenken erfordert der Ansatz, der in Neuseeland seit 2008 verfolgt wird (s. Anhang):

1. Der Patient/ Bürger steht im Mittelpunkt: jeder soll – mit Unterstützung- so viel Zeit zu Hause verbringen, wie möglich. Also sollten Krankenhausaufenthalte, Arztkontakte und Gesundheitskontakte außerhalb des Hauses zeitlich gering gehalten werden und die größte Anstrengung in wohnortnahe Pflege/ Gesundheits-/Sozialleistungen gesteckt werden.
2. Ein Gesundheitswesen: statt fragmentierter Puzzleteile, die für sich alleine funktionieren, behandeln und abrechnen gibt es „ein großes Ganzes“. Gelingt es medizinische Inanspruchnahme von Leistungen auf dem Ist-Level zu halten statt ständig steigende Frequentierung von Notaufnahme, mehr stationäre Betten, längere Reha und höhere Leistungen der ambulanten Dienste durch falsche Anreizmodelle zu finanzieren, kann das gesparte Geld in Prävention und Gesundheitsförderung investiert werden. Ein Konsens über „good practice“ / Vermeidung von Übertherapie ist erforderlich über die Sektorengrenzen hinweg (Behandlungs-Leitlinien) sowie Zusammendenken von Sozialem und Gesundheit.

Ähnlich funktioniert das „Gesunde Kinzigtal“: hier investiert die Krankenkasse vorab in Gesundheitsförderung und einheitliche Behandlung, um hinterher Krankheitslast (mit Kosten) zu vermeiden.



In kleineren Einheiten gedacht, wären „ Integrierte Versorgungszentren“ oder PORT unterstützenswert.

Anhang:

1. Mitglieder der AG medizinische Versorgung

Titel	Vorname	Nachname	Einrichtung
	Michael	Laßmann	Dezernent Recht, Ordnung, Gesundheit
	Armin	Müller	Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH, Geschäftsführer
Prof. Dr.	Hubert	Fahnenstich	Elisabethenkrankenhaus Chefarzt
	Martina	Hinrichs	Stabsstelle Stukturpolitik
	Jonathan	Flohr	Stabsstelle Stukturpolitik, Student
Dr.	Barbara	Bohl	Kassenärztliche Vereinigung (2017), Vertretung Hausärzte
Dr.	Udo	Schulte	Kassenärztliche Vereinigung (bis 2017)
Dr.	Ingolf	Lenz	Ärztlicher Kreisverein Lörrach
Dr.	Friedrich	Hugenschmidt	Ärzttenetz 3ländereck
	Ilka	Latuske	Kassenärztliche Vereinigung
Dr.	Peter	Hinz	Kassenärztliche Vereinigung
	Klaus	Württemberg	IKK classic
	Uwe	Schreiber	AOK Baden-Württemberg, Geschäftsführer oder Jürgen Mihailowitsch
	Daniel	Dröschel	Gesundheitsökonom
	Ingrid	Pross	Kreisrätin (Bündnis `90/Die Grünen) oder Eberhardt Meineke
	Rolf	Karrer	Kreisrat (SPD) oder Gabriele Weber
Dr.	Günter	Zabel	Kreisrat (CDU)
	Wolfgang	Roth-Greiner	Kreisrat (FDP)
			Kreisstrukturgespräch:
	Marion	Dammann	Landrätin
Prof. Dr.	Wilhelm	Niebling	Uniklinik Freiburg, Leiter Lehrbereich Allgemeinmedizin
	Ivo	Weiss	Hausärzterverband
	Heinz	Postleb	Forum Selbsthilfe Kreis Lörrach
	Elke	Zimmermann-Fiscella	Dezernat Soziales, vertreten durch Robert Müller
Dr.	Harald	Dörr	Allg. Mediziner, Bereitschaftsdienstorganisation
Dr.	Sonja	Wagner	GS Gesundheitskonferenz
	Nico	Eisl	GS Gesundheitskonferenz, Student PH Freiburg
	Ellen	Hipp	GS Gesundheitskonferenz
			Zusammenarbeit mit:
	Marko	Diesslin	GIS (oder Eric Scheer)
Dr.	Klaus	Böhme	Uniklinik Freiburg, Lehrbereich Allgemeinmedizin
Prof.	Markus	Wirtz	Leiter Abtlg. Forschungsmethoden, Instituts für Psychologie der Pädagogischen Hochschule Freiburg

2. Übersicht Handlungsempfehlungen

Unterstützung		
	finanz	organisat.
Handlungsempfehlungen "Versorgung" mit kommunalpolitischem Bezug		
HE 1		Investitionsförderung: Ausweisung "mittleres Wiesental" als ZuZ-Fördergebiet
HE 2		Antrag auf Prüfung zur kleinteiligeren Bedarfsplanung (mittleres WT/ oberes WT)
HE 3		Innovative Versorgungsformen-MVZ
HE 4		Innovative Versorgungsformen- PORT
HE 5		Inter- und Intraprofessionelle Vernetzung
HE 6		Delegation ärztlicher Leistungen (NäPa/Phys. Ass.)
HE 7		eHealth/Telematik
HE 8		Telemedizin, Fernbehandlung
HE 9		Mobile Arztpraxis
HE 10		Zweigpraxen, Liaison-Sprechstunden
HE 11		Fallwertzuschlag in (prospektiv) unterversorgten Bereichen ("Landarztzuschlag")
Handlungsempfehlungen "Nachwuchs"		
HE 12		Studenten- Werbewochenende mit Praxiskontakt
HE 13		Studenten- Übernachtung
HE 14		Studenten- Willkommensbrief
HE 15		Studenten- Gutschein
HE 16		Studenten- Förderung der Lehrpraxis
HE 17		Verbund-Weiterbildung Rotationsstelle für Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin
HE 18		Verbund-Weiterbildung: Unterstützung Fortbildungskurse
HE 19		AiW-Werbewochenende
HE 20		AiW-Willkommensbrief
HE 21		AiW-Gutschein
Handlungsempfehlungen f. Landkreis/Kommune/Bürger		
HE 22		Bürgermeister-Infobroschüre
HE 23		Vereinbarkeit Familie und Beruf: Regelung Bereitschaftsdienst
HE 24		Vereinbarkeit Familie und Beruf: Kinderbetreuungsplätze
HE 25		Willkommen: Lebenspartner
HE 26		Willkommen: Vermittlung Immobilie (Praxis, privat)
HE 27		Willkommen: Finanzierung Praxisräume
HE 28		Willkommen: Vermittlung Netzwerkkontakte (Apotheke, Ärztenetz...)
HE 29		Werbung für/ durch Kommune (Stellenanzeige, Attraktivität)
HE 30		Patientenkompetenz: Angebote Gesundheitsförderung
HE 31		Patientenkompetenz: Inanspruchnahme med. Versorgung/Notfallambulanz
HE 32		Patientenkompetenz: Stärkung Eigenverantwortung, Selbsthilfegruppen
HE 33		Mobilität: Patienten-Shuttle
HE 34		Mobilität: ÖPNV
HE 35		Demografie: aufsuchende soziale Hilfen
HE 36		Demografie: soziale Netzwerke (Ehrenamt, Nachbarschaftshilfe)
HE 37		Definitioin von Haus- und Facharztzentren/ Entwicklungsräumen
HE 38		Werbung für Landkreisattraktivität

